

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMPLICADA.

.



SOCIEDAD COLOMBIANA DE INFECTOLOGÍA. 2023

¿CUÁLES SON LAS ESTRATEGIAS DIAGNÓSTICAS MÁS ADECUADAS PARA LA IVU COMPLICADA EN PACIENTES ADULTOS?

Puntos de buena práctica:

1

***Considerar la sospecha clínica de IVU en pacientes que presenten dos o más síntomas urinarios bajos (disuria, polaquiuria, urgencia, dolor suprapúbico, hematuria)

***Considerar la sospecha clínica de IVU en pacientes con fiebre y dolor en flanco, incluso en ausencia de síntomas urinarios bajos.

***En pacientes adultos mayores: - Con patología neurocognitiva, trastorno de la comunicación, o que no presenten síntomas típicos de IVU, considerar la IVU como un diagnóstico de exclusión.

***Considerar el diagnostico de IVU aun en ausencia de fiebre.

***Realizar la sospecha clínica de IVU teniendo en cuenta las manifestaciones atípicas de infección como la presencia de delirium, caída centinela, alteraciones en el patrón de incontinencia, y/o síntomas gastrointestinales.

***Utilizar los parámetros de la tira reactiva y el Gram de orina sin centrifugar como herramientas para realizar el diagnóstico de IVU.

***No usar la apariencia de la orina, ni el hallazgo de piuria, como herramientas únicas para realizar el diagnóstico de IVU, especialmente en pacientes portadores de catéter urinario. •

***En pacientes portadores de catéter urinario tomar la muestra de orina con las medidas de asepsia y antisepsia apropiadas o a partir del reservorio destinado para tal efecto.

***Tomar urocultivo con antibiograma previo al inicio del tratamiento antimicrobiano.

***No tomar urocultivo en pacientes con catéter urinario sin sospecha clínica de IVU.

***Considerar la toma de imágenes diagnósticas del tracto urinario (ultrasonografía renal y de vías urinarias, UROTAC, o urografía por TAC) para identificar trastornos urológicos que requieran manejo complementario.

***Considerar la toma de hemocultivos en pacientes con sepsis y sospecha clínica de IVU

Puntos de buena práctica:

2

El diagnóstico de cistitis se basa principalmente en la presencia de al menos dos síntomas urinarios bajos (como disuria, poliaquiuria, tenesmo vesical, hematuria, entre otros). En hombres con estos síntomas se debe considerar el diagnóstico diferencial de prostatitis. La presencia de fiebre y dolor en el flanco son sugestivos de pielonefritis, incluso en ausencia de síntomas urinarios bajos.

3

En adultos mayores que pueden no manifestar fiebre, se debe tener en cuenta la elevación de la temperatura con respecto a la basal. Entre los síntomas atípicos descritos en estos pacientes se encuentran: anorexia, deterioro funcional, cambios en estado mental, síntomas gastrointestinales, cambios en la continencia urinaria y episodios de caída centinela. Ante la presencia de estos síntomas atípicos, se puede considerar la IVU como diagnóstico de exclusión, habiendo evaluado y descartado otros focos infecciosos y otras causas. El examen de orina mediante el método de la tira reactiva es una herramienta de apoyo en el proceso diagnóstico. En conjunto, la detección de esterasa leucocitaria y la prueba de nitritos tienen una adecuada precisión diagnóstica, principalmente para predecir la ausencia de bacteriuria con respecto al urocultivo. De la misma forma, el Gram de orina sin centrifugar tiene una buena sensibilidad para detectar la positividad del urocultivo con recuentos de colonias > 105 UFC/mL, con la ventaja de que puede proveer información inicial rápida del tipo de microorganismo causante de la infección.

Puntos de buena práctica:



4

Es importante tener en cuenta que la bacteriuria y piuria en ausencia de infección es un hallazgo frecuente, sobre todo en adultos mayores y usuarios de dispositivos invasivos de la vía urinaria, de manera que los paraclínicos siempre se deben interpretar en el contexto de una probabilidad preprueba a partir de los datos clínicos, siendo la tira reactiva y el Gram de orina sin centrifugar de mayor utilidad para descartar la IVU. El urocultivo y antibiograma son elementos claves en el diagnóstico de la infección urinaria, especialmente cuando hay duda. Además, permiten realizar ajustes en el tratamiento antimicrobiano empírico instaurado, en caso de ser necesario, por lo que se considera una buena práctica, realizarlos a todos los pacientes con sospecha clínica de IVU complicada. En el caso que el paciente curse con sepsis también es mandatorio la realización de hemocultivos de acuerdo con las guías actuales.

Puntos de buena práctica:

5

Adicionalmente, es necesario tener en cuenta las recomendaciones para la recolección adecuada de muestras de orina, con el fin de lograr un resultado confiable y realizar una interpretación adecuada:

- En pacientes que pueden tener micción espontánea, se indica la toma de la muestra de chorro medio.
- Sólo si el paciente no puede lograr micción espontánea sin contaminación se indica realizar cateterismo vesical para la toma de la muestra.
- En pacientes portadores de catéter urinario la toma de la muestra de orina se debe realizar a través del puerto destinado para tal fin.
- Si al paciente le fue cambiado el catéter se debe tomar la muestra del nuevo dispositivo

6

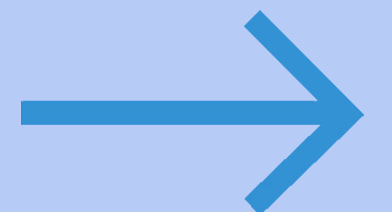
Adicionalmente, es necesario tener en cuenta las recomendaciones para la recolección adecuada de muestras de orina, con el fin de lograr un resultado confiable y realizar una interpretación adecuada: En pacientes que pueden tener micción espontánea, se indica la toma de la muestra de chorro medio. Sólo si el paciente no puede lograr micción espontánea sin contaminación se indica realizar cateterismo vesical para la toma de la muestra. En pacientes portadores de catéter urinario la toma de la muestra de orina se debe realizar a través del puerto destinado para tal fin. Si al paciente le fue cambiado el catéter se debe tomar la muestra del nuevo dispositivo

¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO ANTIMICROBIANO EMPÍRICO MÁS ADECUADO EN ADULTOS CON IVU COMPLICADA?

RECOMENDACIONES: PIELONEFRITIS COMPLICADA:



Se sugiere el uso de cefalosporina de primera generación (cefazolina IV, cefalexina oral) en pacientes sin uso previo de antibióticos, o sin instrumentación de la vía urinaria en los últimos 3 meses (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad). · Se sugiere el uso de cefalosporina de segunda generación (cefuroxima IV u oral) en pacientes con uso previo de antibióticos en los últimos 3 meses (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad). · Se sugiere el uso de cefalosporina de tercera generación (ceftriaxona IV) en pacientes con diagnóstico de urolitiasis e instrumentación de la vía urinaria, o en pacientes portadores de catéteres de la vía urinaria alta (nefrostomías, catéteres ureterales) (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).



CISTITIS COMPLICADA:

Se sugiere el uso de nitrofurantoína como primera opción en pacientes con tasa de filtración glomerular estimada (TFGe) ≥ 45 ml/min (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad) · Se sugiere el uso de fosfomicina-trometamol como alternativa (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad). · Se sugiere el uso de cefalosporina de primera generación (cefazolina IV) como alternativa en pacientes con manejo intrahospitalario. (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).



PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA:



- Si se dispone del resultado de urocultivo y antibiograma tomado en los últimos 3 meses, se puede utilizar para decidir el tratamiento antimicrobiano a instaurar.
- En caso de alergia a beta-lactámicos utilizar aztreonam para el tratamiento de la IVU alta.
- Para la elección y ajuste de dosis de los antimicrobianos, estimar la TFG usando las ecuaciones basadas en creatinina sérica.

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA:

- No usar nitrofurantoína ni fosfomicina-trometamol para el tratamiento antimicrobiano de pacientes con sospecha clínica o diagnóstico confirmado de pielonefritis.
- No usar como tratamiento antimicrobiano empírico amoxicilina, amoxicilina/clavulanato, ampicilina, ampicilina/sulbactam, trimetoprim/sulfametoxazol o fluoroquinolona.
- Realizar seguimiento de los eventos adversos de los antimicrobianos empleados incluyendo la resistencia bacteriana.
- Revalorar a las 48 horas del inicio de la terapia antimicrobiana, y en caso de mala respuesta considerar posibles causas o diagnósticos adicionales.
- En pacientes con evolución clínica favorable, mantener la terapia antimicrobiana empírica, independientemente del reporte del antibiograma aun cuando se presente resistencia al antimicrobiano instaurado.
- Ajustar el tratamiento antimicrobiano de acuerdo con el resultado del urocultivo y el antibiograma, en cuanto esté disponible, usando el antibiótico de espectro más estrecho posible



PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA:

- De acuerdo con las recomendaciones de expertos, si la resistencia local a quinolonas es mayor al 10% se debería limitar su uso como terapia empírica en infecciones urinarias. · De la misma forma, en cuanto a trimetoprim, estudios y recomendaciones en guías soportan no usar este grupo farmacológico empíricamente si la resistencia en la población es mayor al > 20%.
- En contraste, en la actualidad no se ha descrito un umbral de resistencia en la población que lleve a la recomendación de no usar cefalosporinas como terapia empírica en el contexto de infección de vías urinarias

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA:

FLASCHCARD GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMPLICADA.

11

Tabla 2. Antimicrobianos y dosis para el manejo de la IVU complicada

Antimicrobiano	Dosis	Intervalo	Ajuste renal
Intravenosos			
Cefazolina	2 g	8 horas	TFG < 50 ml/min
Cefuroxima sódica	750 mg	8 horas	TFG < 30 ml/min
Ceftriaxona	2 g	24 horas	No
Aztreonam	1 g	8 horas	TFG < 30 ml/min
Orales			
Cefalexina	1 g	8 horas	TFG < 50 ml/min
Cefuroxima axetil	1 g	12 horas	TFG < 30 ml/min
Nitrofurantoína macrocristales	100 mg	6 – 8 horas	Contraindicado en TFG < 45 ml/min
Fosfomicina-trometamol	3 g	Dosis única	Precaución en TFG < 10 ml/min

Adaptado de: (106, 107).

12 Estudios realizados en población colombiana reportan tasas de resistencia de E. coli a fluoroquinolonas, trimetoprim/sulfametoxazol y ampicilina/sulbactam que superan el 20%, lo cual puede limitar la utilidad de estos antimicrobianos.
En cuanto al uso de trimetoprim-sulfametoxazol, múltiples estudios sugieren que este fármaco tiene una incidencia de efectos adversos de 2 a 3 veces mayor en relación con la ofloxacina y la ciprofloxacina para el tratamiento de infecciones similares, principalmente efectos secundarios gastrointestinales y cutáneos. En relación con el grupo de las fluoroquinolonas, es importante tener en consideración su utilidad en el tratamiento de la tuberculosis multidrogo resistente, por lo que se tiene especial prudencia en su uso con fin de disminuir el impacto en la selección de resistencia.

13 En relación con el uso de aminoglucósidos, este grupo de medicamentos muestran en general un adecuado perfil de susceptibilidad en microorganismos Gram negativos, sin embargo, su utilidad como primera línea de tratamiento empírico está limitada principalmente por aspectos de seguridad, dado el potencial riesgo de ototoxicidad y nefrotoxicidad, eventos adversos que restringen su uso en pacientes con comorbilidades como enfermedad renal, edad avanzada, o uso concomitante de otros nefrotóxicos o neurotóxicos.

14 ALGRITMO DE LA PIELONEFRITIS COMPLICADA

Página 4 de 8

- Estudios realizados en población colombiana reportan tasas de resistencia de E. coli a fluoroquinolonas, trimetoprim/sulfametoxazol y ampicilina/sulbactam que superan el 20%, lo cual puede limitar la utilidad de estos antimicrobianos. En cuanto al uso de trimetoprim-sulfametoxazol, múltiples estudios sugieren que este fármaco tiene una incidencia de efectos adversos de 2 a 3 veces mayor en relación con la ofloxacina y la ciprofloxacina para el tratamiento de infecciones similares, principalmente efectos secundarios gastrointestinales y cutáneos. En relación con el grupo de las fluoroquinolonas, es importante tener en consideración su utilidad en el tratamiento de la tuberculosis multidrogo resistente, por lo que se tiene especial prudencia en su uso con fin de disminuir el impacto en la selección de resistencia

PUNTOS DE BUENA PRÁCTICA:

FLASCHCARD GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMPLICADA.

11

Tabla 2. Antimicrobianos y dosis para el manejo de la IVU complicada

Antimicrobiano	Dosis	Intervalo	Ajuste renal
Intravenosos			
Cefazolina	2 g	8 horas	TFG < 50 ml/min
Cefuroxima sódica	750 mg	8 horas	TFG < 30 ml/min
Ceftriaxona	2 g	24 horas	No
Aztreonam	1 g	8 horas	TFG < 30 ml/min
Orales			
Cefalexina	1 g	8 horas	TFG < 50 ml/min
Cefuroxima axetil	1 g	12 horas	TFG < 30 ml/min
Nitrofurantoína macrocristales	100 mg	6 – 8 horas	Contraindicado en TFG < 45 ml/min
Fosfomicina-trometamol	3 g	Dosis única	Precaución en TFG < 10 ml/min

Adaptado de: (106, 107).

12 Estudios realizados en población colombiana reportan tasas de resistencia de E. coli a fluoroquinolonas, trimetoprim/sulfametoxazol y ampicilina/sulbactam que superan el 20%, lo cual puede limitar la utilidad de estos antimicrobianos.
En cuanto al uso de trimetoprim-sulfametoxazol, múltiples estudios sugieren que este fármaco tiene una incidencia de efectos adversos de 2 a 3 veces mayor en relación con la ofloxacina y la ciprofloxacina para el tratamiento de infecciones similares, principalmente efectos secundarios gastrointestinales y cutáneos. En relación con el grupo de las fluoroquinolonas, es importante tener en consideración su utilidad en el tratamiento de la tuberculosis multidrogo resistente, por lo que se tiene especial prudencia en su uso con fin de disminuir el impacto en la selección de resistencia.

13 En relación con el uso de aminoglucósidos, este grupo de medicamentos muestran en general un adecuado perfil de susceptibilidad en microorganismos Gram negativos, sin embargo, su utilidad como primera línea de tratamiento empírico está limitada principalmente por aspectos de seguridad, dado el potencial riesgo de ototoxicidad y nefrotoxicidad, eventos adversos que restringen su uso en pacientes con comorbilidades como enfermedad renal, edad avanzada, o uso concomitante de otros nefrotóxicos o neurotóxicos.

14 ALGRITMO DE LA PIELONEFRITIS COMPLICADA

Página 4 de 8

- En relación con el uso de aminoglucósidos, este grupo de medicamentos muestran en general un adecuado perfil de susceptibilidad en microorganismos Gram negativos, sin embargo, su utilidad como primera línea de tratamiento empírico está limitada principalmente por aspectos de seguridad, dado el potencial riesgo de ototoxicidad y nefrotoxicidad, eventos adversos que restringen su uso en pacientes con comorbilidades como enfermedad renal, edad avanzada, o uso concomitante de otros nefrotóxicos o neurotóxicos.

GUIA DE PRACTICA CLINICA INFECCION DE VIAS URINARIAS COMPLICADA.pdf

Tratamiento en pielonefritis complicada

Elección de antimicrobiano

Urocultivo en los últimos 3 meses — Sí → Tratamiento de acuerdo a perfil de susceptibilidad

No

Alergia grave a B lactámicos — Sí → Aztreonam IV

No

Paciente con Instrumentación de la vía urinaria por urolitiasis, o portador de catéter de la vía urinaria alta — Sí → Ceftriaxona IV

No

Uso de antimicrobianos en últimos 3 meses — Sí → Cefuroxima IV u oral

No

Cefazolina IV, Cefalexina oral

Evaluar evolución clínica a las 48 horas
Lectura de urocultivo en cuanto esté disponible

Evolución clínica favorable — No → Microorganismo susceptible según antibiograma — Sí → Evaluar y manejar otras causas de mala respuesta clínica; No → Ajustar tratamiento según perfil de susceptibilidad con el espectro mas estrecho posible

Evolución clínica favorable — Sí → Microorganismo susceptible según antibiograma — No → Mantener terapia empírica; Sí → Ajustar tratamiento según perfil de susceptibilidad con el espectro mas estrecho posible

Mejoría Clínica — No → Evaluar y manejar otras causas de mala respuesta clínica

Sí

Vía oral posible — No → Completar terapia parenteral Duración total: 7-10 días; Sí → Completar terapia oral Duración total: 7-10 días

ALGORITMO DE LA PIELONEFRITIS COMPLICADA



ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA CISTITIS COMPLICADA

FLASCHCARD GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS COMPLICADA. - Word

Tratamiento en cistitis complicada

Elección de antimicrobiano

Hospitalizado sin vía oral — Sí → Cefazolina IV

No

TFGe ≥ 45 ml / min — Sí → Nitrofurantoína VO

No

Fosfomicina trometamol VO DU

Evaluar evolución clínica a las 48 horas
Lectura de urocultivo en cuanto esté disponible

Evolución clínica favorable — No → Microorganismo susceptible según antibiograma — Sí → Evaluar y manejar otras causas de mala respuesta clínica

No

Ajustar tratamiento según perfil de susceptibilidad con espectro mas estrecho posible

Sí

Mejoría Clínica — No → Evaluar y manejar otras causas de mala respuesta clínica

Mejoría Clínica — Sí → Vía oral posible

Vía oral posible — Sí → Completar terapia oral
Mujeres: 5 días
Hombres o portadores de catéter urinario: 7 días

Vía oral posible — No → Completar terapia parenteral
Mujeres: 5 días
Hombres o portadores de catéter urinario: 7 días

Página 4 de 9 2733 palabras Español (Colombia) Accesibilidad: todo correcto



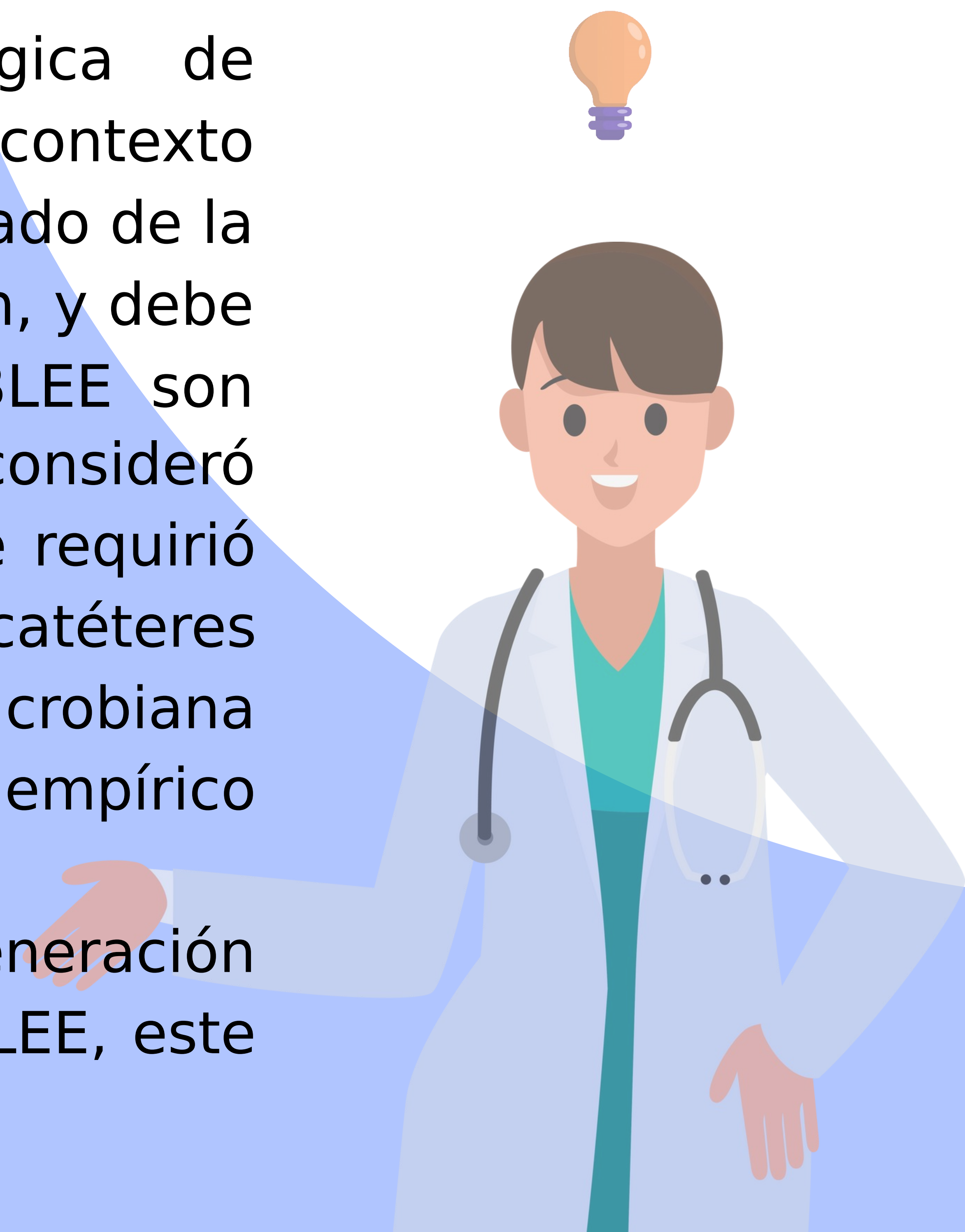


Para el caso de pielonefritis complicada, de acuerdo con la evidencia disponible, el grupo de consenso acordó como primera elección, el uso de cefalosporinas de primera generación, tomando en consideración el uso de cefuroxima para los casos en los que se hayan usado previamente antibióticos.

Debe tenerse en cuenta que la determinación microbiológica de susceptibilidad a cefuroxima no es una práctica frecuente en el contexto local. La susceptibilidad a cefazolina puede emplearse como subrogado de la susceptibilidad a las cefalosporinas de segunda y tercera generación, y debe tenerse en cuenta que todos los aislamientos productores de BLEE son resistentes a cefalosporinas de primera y segunda generación.

Reconociendo la poca disponibilidad de datos locales, el consenso consideró que en la población con pielonefritis relacionada con urolitiasis que requirió instrumentación de la vía urinaria alta y en pacientes con catéteres ureterales o nefrostomía, existe la posibilidad de mayor carga polimicrobiana y de resistencia, por lo que se generó la recomendación de manejo empírico con ceftriaxona en este grupo de pacientes.

A pesar de que se conoce que el uso de cefalosporinas de tercera generación puede tener un impacto en la selección de cepas productoras de BLEE, este no parece ser diferente con el uso de cefuroxima.



Por otro lado, si el paciente tiene urocultivo previo en los últimos tres meses se justificaría dirigir el antimicrobiano según este aislamiento, dada la posibilidad de recaída o reinfección.

Ertapenem ha sido estudiado como tratamiento inicial en infecciones urinarias complicadas, demostrando una eficacia similar a ceftriaxona.

Por lo tanto, en el caso de aislamiento previo de microorganismos BLEE en los últimos 3 meses, este antimicrobiano se considera una alternativa terapéutica adecuado.

Como punto de buena práctica se resalta entonces la indicación de toma urocultivo en pacientes con IVU complicada, con seguimiento de la respuesta clínica a las 48 horas y revisión del antibiograma para evaluar la necesidad de ajustar el tratamiento en caso de evolución tórpida.

Teniendo en cuenta la evidencia disponible en pacientes con infección urinaria y tratamiento inapropiado (resultado resistente en el antibiograma al antimicrobiano instaurado), no parece haber un beneficio de ajustar el esquema antibiótico en pacientes con evolución favorable, y éste, si puede prolongar la estancia y dificultar el tratamiento ambulatorio por la necesidad de uso de medicamentos intravenosos. Por eso, si la evolución clínica es favorable, la conducta es continuar con el tratamiento antimicrobiano que ha sido exitoso, sin cambios y poder ajustar a la vía de administración oral.

En cuanto a la cistitis complicada, como alternativa a los betalactámicos se encuentran disponibles antibióticos como nitrofurantoína y fosfomicina-trometamol, los cuales tienen un espectro antimicrobiano más estrecho, con un buen perfil de susceptibilidad para Enterobacterales y bajas tasas de resistencia local. Teniendo en cuenta lo anterior, el hecho de que las cefalosporinas no se consideren de primera elección en estos casos permitiría potencialmente disminuir el impacto de la resistencia de estos antibióticos.

Se enfatiza que la nitrofurantoína y la fosfomicina-trometamol son medicamentos con indicación para el manejo exclusivo de IVU baja, los cuales por su pobre penetración renal no se encuentran indicados en los casos que exista sospecha de pielonefritis.

Adicionalmente, la nitrofurantoína no tiene indicación si existe sospecha de prostatitis, y tiene limitación en cuanto a la resistencia natural en Proteus spp. y P. aeruginosa y en pacientes con TFGe < 45 ml/min.





¿Cuál es la vía de administración del tratamiento antimicrobiano más adecuada en pacientes adultos con IVU complicada?

Recomendaciones:

- Se sugiere como primera línea el uso de antimicrobianos orales, teniendo en cuenta la tolerancia a la vía oral, y la severidad de la infección (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).
- En pacientes con tratamiento intravenoso, se sugiere revalorar a las 48 horas de inicio de la terapia antimicrobiana, para considerar la posibilidad del cambio a antimicrobiano oral (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).
- La evidencia disponible no ha demostrado que los esquemas antimicrobianos orales sean inferiores a los esquemas intravenosos en cuanto a desenlaces clínicos. Si bien en los estudios no se reportan mayores diferencias en eventos adversos, el tratamiento intravenoso puede relacionarse con prolongación de la estancia hospitalaria y mayores costos asociados a la atención en salud. Por lo anterior, se favorece la elección del tratamiento antimicrobiano oral como primera posibilidad, siempre y cuando el estado clínico del paciente permita su administración adecuada, y tomando en consideración la biodisponibilidad de las opciones terapéuticas disponibles.



¿Cuál es la duración del tratamiento antimicrobiano más adecuada en pacientes adultos con IVU complicada?

Recomendaciones:

Pielonefritis complicada:

Se sugiere que la duración del tratamiento antimicrobiano sea de mínimo 7 días y máximo 10 días (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad)



Cistitis complicada:

- Se sugiere que la duración del tratamiento con nitrofurantoína o cefalosporina sea de 5 días en mujeres postmenopáusicas. (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad)
- Se sugiere que la duración del tratamiento sea de 7 días en pacientes hombres o en pacientes con IVU baja asociada a catéter (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).
- Se sugiere que el tratamiento con fosfomicina-trometamol sea administrado en una dosis única (recomendación débil, evidencia de muy baja calidad).

Punto de Buena Práctica:

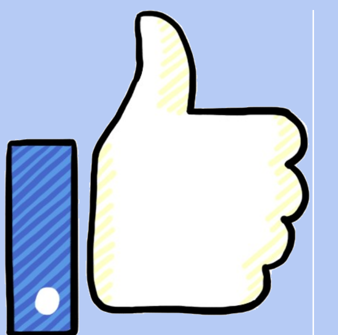






Considere extender la duración del tratamiento antimicrobiano en pacientes:

- Inmunosuprimidos.
- Presencia de colecciones aún no drenadas.
- Usuarios de dispositivos urinarios.
- No realizar urocultivo posterior a la finalización del tratamiento antimicrobiano en pacientes con respuesta clínica adecuada
- Si se opta por el uso de fosfomicina-trometamol, la dosis única muestra ser suficiente, sin embargo, se resalta la importancia de la educación al paciente en la adecuada toma del medicamento, el cual se debe diluir en medio vaso de agua y tomar inmediatamente con el estómago vacío (al menos 2 horas separado de alimentos), al momento de acostarse y después de haber vaciado la vejiga.
- Como punto de buena práctica se aclara que el seguimiento en pacientes con IVU complicada se debería basar en la respuesta clínica y no en la respuesta microbiológica por lo cual no se indica la realización de urocultivo de control.



¿Cuál es el manejo más adecuado del catéter urinario en pacientes adultos portadores de catéter urinario con IVU complicada
Recomendaciones:

Se sugiere retirar o cambiar el catéter urinario tan pronto como sea posible en pacientes con IVU asociada a catéter.

Punto de Buena Práctica:

- No retrasar el tratamiento antimicrobiano en caso de no ser posible el retiro o cambio inmediato del catéter.
- Teniendo en cuenta la evidencia disponible, se favorece la recomendación de realizar el cambio del dispositivo urinario en pacientes con IVU asociada a catéter, en la medida de lo posible, previo al inicio del tratamiento antimicrobiano.
- Se resalta además la importancia de la adherencia a las recomendaciones para la prevención de infecciones del tracto urinario asociadas a catéteres urinarios teniendo en cuenta: uso apropiado del catéter, técnica aséptica durante la inserción y mantenimiento, y procurar su retiro temprano, siempre reevaluando si la indicación del dispositivo urinario persiste